



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000381358

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1159967-55.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante LUIZ FRANCISCO FERREIRA ALBANI, é apelado SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso, nos termos que constarão do acórdão. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), SILVÉRIO DA SILVA E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 17 de abril de 2025.

PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº: 1159967-55.2023.8.26.0100
Apelante (s): Luiz Francisco Ferreira Albani
Apelado (s): Sul América Companhia de Seguro Saúde
Comarca: São Paulo – Foro Central Cível – 7ª Vara Cível
1ª Instância: 1159967-55.2023.8.26.0100
Juiz (a): Ricardo Augusto Ramos

Voto nº 43.563

EMENTA. Apelação cível. Ação de cobrança de reembolso de despesas médico-hospitalares. Sentença de improcedência. Autor apelante. Ausência de informação clara sobre os critérios utilizados para apuração do reembolso. Cláusula contratual que se vale de índices unilaterais não divulgados previamente ao consumidor. Violação ao dever de informação e ao princípio da transparência (art. 6º, III, CDC). Discrepância entre a promessa contratual de liberdade de escolha no seguro saúde e a limitação econômica imposta pelo reembolso reduzido. Reforma da sentença. Recurso provido.

Apelação interposta contra a sentença de fls. 436/439, cujo relatório se adota, que julgou improcedente a ação de indenização movida por Luiz Francisco Ferreira Albani em face de Sul América Companhia de Seguro Saúde.

O autor apela e pugna pela reforma da sentença pelas razões de fls. 442/454.

Recurso tempestivo e respondido (fls. 461/465).

É o relatório em sede recursal.

O autor, beneficiário de contrato de serviços de assistência médico-hospitalar por meio do sistema de reembolso firmado com a apelada, alega que foi submetido à microcirurgia para tumor intracraniano com monitorização neurofisiológica transoperatória, porém,

houve reembolso apenas parcial e sem que fossem suficientemente explicados os critérios para o cálculo.

Em razão disso, pleiteia a restituição da diferença entre o que foi pago pela seguradora e os valores comprovadamente despendidos com o procedimento, o que foi negado pela r. sentença recorrida.

Respeitado o entendimento do MM. Juízo *a quo*, tenho que o recurso comporta provimento.

Em regra, entendo que improcede o pedido de reembolso integral dos honorários de médicos e hospitais não credenciados, por constar no instrumento contratual ressalva à opção de atendimento por livre escolha, com reembolso das despesas de acordo com os limites da categoria do plano contratado.

O próprio Código de Defesa do Consumidor, no art. 54, §4º, autoriza cláusulas limitativas de responsabilidade, desde que redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

No caso dos autos, contudo, depreende-se que apesar de haver previsão expressa sobre as limitações do reembolso das despesas, não é fácil e completamente compreensivo a maneira com que a seguradora apura tais valores, o que afronta o dever de informação previsto no artigo 6º, inciso III, do CDC, inclusive.

O sistema de reembolso adotado torna impossível apurar o montante que seria restituído. Ela se vale de índice de emissão unilateral, através da multiplicação de três (03) fatores, são eles: (a) a quantidade de "US" equivalente ao procedimento médico previsto na tabela SulAmérica de Procedimentos; o (b) Múltiplo de reembolso; e (c) Valor da USR que é o coeficiente expresso em moeda, definidos do momento da contratação.

Os coeficientes utilizados no cálculo são elaborados e

valorizados por critério estabelecido unilateralmente pela ré, sem que se guarde relação com os preços realmente praticados, conforme se pode concluir pela desproporção entre o valor que foi restituído (R\$169.954,50) e aquele efetivamente gasto com o procedimento (R\$330.000,00). Sendo assim, o mínimo que se pode esperar é que a operadora discrimine e justifique com objetividade de que forma chegou aos valores que foram reembolsados.

Contudo, apesar do autor repetir várias vezes que o cerne do problema não é a previsão do reembolso parcial muito menos de se tratar de médico não credenciado, mas sim a falta de clareza na apuração do quanto é devido, a apelada manteve-se inerte; não há uma linha sequer esclarecendo o modo de apuração. Não foi sequer apresentada a tal Tabela SulAmérica com seus correspondentes coeficientes, de modo que seria impossível supor, à data da contratação ou da realização do procedimento, que os coeficientes estipulados unilateralmente resultariam em valor desproporcional (a operadora reembolsou aproximadamente 51,5% do valor total gasto pelo autor).

Importa destacar, ainda, que a prática contratual imposta pela apelada revela uma dissonância entre a expectativa legitimamente criada no momento da contratação e a realidade imposta ao consumidor. Os seguros saúde são comercializados com forte apelo publicitário à liberdade de escolha —o que os diferencia dos planos com rede credenciada. Contudo, ao praticamente exigir que o consumidor utilize apenas a rede da operadora sob pena de arcar com reembolsos desproporcionais, cria-se, na prática, um modelo que se assemelha à lógica dos planos tradicionais, frustrando a finalidade contratual e violando a boa-fé objetiva.

Ao deixar de fornecer com clareza as variações que compõem o reembolso, a operadora impõe ao consumidor um contrato que, embora aparente liberdade, condiciona economicamente sua autonomia, o

que compromete não só o equilíbrio contratual, mas também a função social do contrato (art. 421 do Código Civil) e o princípio da transparência (art. 6º, III, CDC).

Portanto, ante a ausência de informação clara e precisa acerca das limitações contratuais, deve-se reconhecer a procedência do pedido de restituição integral das quantias pagas.

Nesse sentido, jurisprudência deste Egrégio Tribunal de Justiça:

Apelação Cível 1117963-13.2017.8.26.0100 - PLANO DE SAÚDE – Obrigação de fazer – Cirurgias reparadoras após gastroplastia – Requisição médica demonstrando a necessidade de realização de procedimento cirúrgico – Cirurgias que não têm natureza estética – Cláusula de exclusão que afronta o Código de Defesa do Consumidor – Aplicação da Súmula 102 deste E. Tribunal de Justiça. Pretensão da apelante ao reembolso parcial, nos limites do contrato – Inviabilidade - Cláusula contratual obscura, que determina o reembolso com base em índices unilaterais, de acordo com tabela da própria apelante – Afronta ao dever de informação, estabelecido no Código de Defesa do Consumidor - Reembolso que deve ser integral – Recurso desprovido (Relator (a): MARCUS VINICIUS RIOS GONÇALVES; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 26ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/09/2020; Data de Registro: 18/09/2020 - destaquei).

Apelação Cível 1072024-39.2019.8.26.0100 - APELAÇÃO. Ação cominatória. Plano de saúde. Preliminares de não conhecimento do recurso. Afastadas.

Plano de saúde na modalidade reembolso. Reembolso integral. Sentença de procedência. Inconformismo da ré. Impertinência. Cláusula contratual que não estabelece de forma clara os valores que deveriam ser pagos a título de reembolso. Aplicabilidade do CDC. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO (Relator (a): JAIR DE SOUZA; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Barueri - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 22/10/2020; Data de Registro: 22/10/2020 - destaquei).

Apelação Cível 1041836-63.2019.8.26.0100 - APELAÇÃO CÍVEL. *Plano de saúde. Pedido de reembolso integral de honorários médicos e procedimento. Ré que defende ausência de pedido administrativo em relação ao procedimento e o reembolso parcial dos honorários médicos, nos limites do contrato. Inadmissibilidade. Cláusula contratual obscura, que determina o reembolso com base em índice unilateral, de difícil compreensão ao consumidor. Afronta ao dever de informação, estabelecido no Código de Defesa do Consumidor. Reembolso que deve ser integral. Precedentes deste Tribunal. Presunção de que a cobertura do procedimento foi negada, do contrário, não haveria motivo para a propositura da demanda. Negativa de cobertura sob alegação de pedido formulado fora do prazo prescricional anual indevida. Egrégio Superior Tribunal de Justiça que, no julgamento do REsp 1756283 / SP, pacificou o entendimento de ser decenal o prazo para solicitação de reembolso das despesas médico-hospitalares. R. sentença mantida. Recurso improvido (Relator (a): JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito*

Privado; Foro Central Cível - 21ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/08/2020; Data de Registro: 14/08/2020 – estaquei).

Destarte, dou provimento ao recurso para condenar a ré a pagar ao autor o valor integral das despesas elencadas na inicial (descontados os valores já reembolsados), a ser apurado em fase de cumprimento de sentença, acrescido de correção monetária pela tabela prática deste E. Tribunal de Justiça, desde a data de cada pagamento parcial, e juros de mora de 1% ao mês desde a citação.

Condeno a ré, ainda, ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 10% do valor da condenação atualizado.

Para fins de prequestionamento, observo que a solução da lide não passa necessariamente pela restante legislação invocada e não declinada, despicienda a menção explícita de dispositivos uma vez encontrada a fundamentação necessária, consoante entendimento consagrado no Eg. Superior Tribunal de Justiça.

Ante o exposto, meu voto dá provimento ao recurso, nos termos acima consignados.

Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho
Relator